

PATIENTENFRAGEBOGEN

Datum:



DR. MED. ANDREAS DAHLEN
FACHARZT FÜR INNERE UND ALLGEMEINMEDIZIN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte helfen Sie mir, Sie und Ihre Krankenvorgeschichte besser kennenzulernen. Alle Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne können Sie am Ende des Fragebogens Ergänzungen und Anmerkungen vornehmen, die Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung wichtig erscheinen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Str./Hausnr.:

Festnetz-/Mobilfunknr.:

E-Mail:

BEKANNTE VORERKRANKUNGEN

Bitte markieren Sie Ihre Vorerkrankungen durch ankreuzen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 / Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflattern/Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiß) |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Chronisches Schmerzsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Herzkranzgefäßverengung (KHK) | <input type="checkbox"/> Psychose |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenveränderungen / Kunstklappe | <input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Verengung der Halsgefäße (Carotisstenose) | <input type="checkbox"/> Divertikulitis |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Beine / pAVK | <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung (Gastritis) |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Leberentzündung) |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (welche?) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (welche?) | |

Krankenkasse:

ALLERGIEN

Sind Allergien/ Unverträglichkeiten bei ihnen bekannt?

Nein Ja, welche:

Nahrungsmittelunverträglichkeit (welche?)

Rauchen Sie? Nein Ja, täglich:

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja, täglich:

Nehmen Sie Drogen? Nein Ja, welche:

Körpergröße: cm

Gewicht: kg

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Bitte Anzahl eintragen!)

MORGEN

MITTAGS

ABENDS

ZUR NACHT

z.B: Metoprolol 50 mg 1-0-1

OPERATIONEN

LETZTE HAUSARZTPRAXIS (Bitte geben Sie die vollständige Anschrift an!)

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Personen an.

Vater

Mutter

Großeltern

Kinder

Sonstige

Bluthochdruck

Blutzuckerkrankheit

Herzinfarkt / Schlaganfall

Nierenerkrankungen

Krebs

Erlerner Beruf / letzte Tätigkeit:

Schwerbehinderung (GdB)/Pflegestufe:

Im Notfall zu kontaktierende Angehörige:

Vielen Dank für Ihre Antworten und die Zeit, die Sie sich genommen haben!